

**ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СТАТУСА**

Номер счета

--

Имя/название и адрес работодателя:


Вернуть (кому):  
Департамент торговли штата СК  
Отдел гарантии занятости  
P.O. Box 26504  
Raleigh, NC 27611-6504**Суть изменения** (Поставьте отметку, где необходимо)

A. Продажа или иная передача всего или части бизнеса (кому):

Имя/название работодателя:	_____	Дата продажи:	_____
Торговое наименовани е:	_____	Телеф он:	(     )     - _____
Адрес:	_____		

Была ли продана, передана или сдана в аренду новому пользователю вся экономическая деятельность и все ее составляющие (включая оборудование, товары, сырье)?  Да  Нет B. Основание или изменение партнерства. Объясните (включая дату вступления в силу): \_\_\_\_\_ C. Создание акционерной компании (дата вступления в силу): \_\_\_\_\_ D. Прекращение деятельности в Северной Каролине. Дата прекращения деятельности: \_\_\_\_\_ E. Ведение деятельности без сотрудников. Дата последнего трудоустройства: \_\_\_\_\_ F. Изменение названия компании на: \_\_\_\_\_*(В случае юридического лица предоставьте копию протокола совещания компании или измененный устав Секретарю штата)* G. Изменение:  Место ведения бизнеса  Почтовый адрес  Номер телефонаНовый адрес: \_\_\_\_\_ (     )     - \_\_\_\_\_  
*(Улица) (Номер телефона)*

\_\_\_\_\_ (Город) \_\_\_\_\_ (Штата) \_\_\_\_\_ (Индекс)

 H. Изменения контактного лица по вопросам налогообложения: \_\_\_\_\_ (Имя)

\_\_\_\_\_ (Адрес)

\_\_\_\_\_ (     )     - \_\_\_\_\_ (Номер телефона)

(Подпись лица, уполномоченного на внесение изменений)

Только для служебного использования	
Принятые меры	
Оператор	
Дата	